

Ingezonden

Meer armen, minder hulp

Igor van Laere

Inleiding

Met de kop ‘Minder armen, niet meer’ lijkt opinieblad *Elsevier* (Wynia, 2005) de telling van de Armoedemonitor te relativiseren. Deze telling gaat over inkomen, meer dan over mens en probleem, waarmee budget en hulp ongericht blijven stromen. Lijkt me ongezond. Wat zou de kop zijn wanneer de resultaten van een sociaal-medische monitor zouden worden gepubliceerd, ‘Meer armen, minder hulp’?

De *Armoedemonitor* (Vrooman, Soede, Dirven & Trimp, 2005) zoekt huishoudens op die aan de armoedegrens verblijven. Met het juiste paspoort kunnen zij zich richten tot loketten, waarvoor de overheid formulieren, folders en Postbus 51-spotjes maakt, om hen op de mogelijkheden voor bedeling te wijzen. Wie het loket gevonden heeft, kan hulp vragen van formulierenbrigades, waarna men, de papieren en criteria gepasseerd, (financiële) hulp van de overheid tegemoet kan zien. In plaats van mensen op te zoeken om te helpen moeten mensen die niet hebben en niet kunnen, naar loketten van sociale en medische helpers, om te bewijzen wat mensen wel hebben en wel kunnen, om daarna op een lijst te wachten op hulp die komen gaat. De omgekeerde wereld?

De *Armoedemonitor* telt ruim 10 procent van de huishoudens in financiële ongezondheid. Het rapport *Sociale uitsluiting in Nederland*¹ (Jehoel-Gijsbers, 2004) meldt eenzelfde aantal huishoudens in sociale exclusie en medische ongezondheid. Wanneer de overheid een monitor hanteert waarin men meer het inkomen dan de mens en het probleem centraal stelt, dan kan de overheid haar

zorg niet richten, omdat men niet weet over welke mensen het gaat en wat hun problemen zijn. Wie wacht tot mensen komen om het aanbod, kan de problemen van mensen die niet komen niet overzien. Het overzicht ontbreekt.

‘Wie met de feiten overhoop ligt, grijpt naar het systeem’, zei Goethe, waarmee men de zwervende bureaucratie helpt aan meer dossiers en minder geholpenen, wil ik daaraan toevoegen. De ongezonde onderlaag in sociale exclusie ontvangt meer papier dan hulp. Welke feiten zijn nodig om te bepalen: wie heeft voor welk probleem welke hulp nodig, hoe regelen we dat en wat moet het kosten? Ik doe een poging aan de hand van de noden van de onderlaag.

Sociaal-medische zorg

Van verzorgingsstaatswege heeft de mens twee soorten zorg nodig. Sociale zorg voor onderdak, inkomen en bezigheden, en medische zorg voor problemen met verslaving, geest en lichaam. Ik vind dat er een sociaal-medische armoedemonitor nodig is, om mensen aan de onderkant aan zorg te kunnen helpen. Eerst de basis, dan aan het werk.

Igor van Laere (✉)

I.R.A.L. van Laere is sociaal geneeskundige armenzorg bij GGD Amsterdam. E-mail: ivlaere@ggd.amsterdam.nl. Deze bijdrage is op persoonlijke titel geschreven.

¹ In deze studie wordt onderzocht hoe sociale uitsluiting in Nederland kan worden gedefinieerd en vastgesteld. Eerst vindt een theoretische verkenning plaats, waarbij het begrip in een aantal dimensies wordt uiteengelegd. Uitsluiting wordt niet alleen gekenmerkt door tekorten op materieel en financieel gebied, maar ook door een geringe sociale en culturele participatie en onvoldoende toegang tot sociale basisrechten (bijv. adequate huisvesting, onderwijs, zorg).

Onderdak

Hoe woont Nederland? Hoeveel mensen wonen zelfstandig (koop of huur), begeleid (elk huis waar, buiten de mantel, te betalen zorg geleverd wordt) of zijn dakloos? De *Armoedemonitor* telt (op)gevangenen en daklozen niet expliciet tot de armen, zij worden apart geteld.² Dit bevreemdt mij, daar dit juist de mensen zijn die het verst onder de armoedegrens verblijven. Wat weten we van de relatie tussen onderdak en geslacht? Het zijn met name (alleenstaande) mannen, laagopgeleid, die de school al dan niet voortijdig verlaten, zonder arbeid en/of relatie raken, schulden krijgen, verslaafd raken, geestelijk en lichamelijk in de problemen komen, en daardoor een verhoogd risico op huisuitzetting en dakloosheid lopen. De meerderheid van de mannen, in huizen voor opvang en huizen van bewaring, is onverzorgd. Preventie van daklozenzorg is het helpen van onverzorgde mannen.

Opleiding en inkomen

Hoe is Nederland geschoold en wat is het inkomen? De een kan met weinig prima rondkomen, een ander in het geheel niet. Hoe gaat men met het inkomen om, wie krijgt schulden? En wie staan op de drempel van sociale en medische exclusie en daarmee op de drempel tot, vroeg of laat, (chronisch) te betalen inspanningen van overheidswege? Dit hangt samen met taal en opleidingsniveau, als toegangkaart tot sociaal en medisch verkeer. Hoe wordt armoede naar analfabetisme en eigen schuld gewogen?

Bezigheden

Wat doet Nederland? Wie werkt tegen witte betaling, vrijwillig of zwart, om anderen te helpen of verzorgen? Armenzorg: wie met de armen over elkaar zit, zorgt niet. Wie zonder onderdak en inkomen bezig is, ontmoet een overvloed aan schade, van verslaving, geest en lichaam, ter reparatie.

Verslaving

Hoe verslaafd is Nederland? Verslaving kost geld, voor gebruiker en overheid. Verslaving is of wordt armoede. Onder huishoudens die door huurschulden met een huisuitzetting worden bedreigd, hebben (drugs)verslaafden een significant verhoogd risico op daadwerkelijke uitzetting en dakloosheid (Van Laere & De Wit, 2005). Van de

daklozen is de meerderheid verslaafd of raakt verslaafd, toenemend met de duur van dakloosheid, bij het uitblijven van vroegtijdige en gelijktijdige sociale en medische zorg. Helpers in de onderlaag zoeken diegenen op die men eerder niet heeft opgezocht, om te gaan helpen. Te laat. In de *Armoedemonitor* ontbreekt de koppeling van sociale en medisch te verzorgen problemen, daarmee is het niet bekend hoeveel verslaafden in armoede thuis, in ziekenhuizen, armenhuizen, achter tralies of op straat verblijven. Om hen op te zoeken, om te gaan helpen.

Geest

Hoe gestoord is Nederland? Wanneer maagzuurremmers, antidepressiva en cholesterolverlagers tot de top-3 van meest voorgeschreven middelen behoren, dan kunnen we stellen dat Nederland behoorlijk misselijk, treurig en slagaderlijk met stress volgepropt is. Medicatie is gedrag; meer ongezondheid, meer pillen. De Rijksmedicijnpot meet geen sociale maat naar wonen, onderwijs, inkomen en bezigheden, noch een medische maat naar verslaving, geest en lichaam. Uit de *Armoedemonitor* kunnen we niet afleiden hoeveel geestgestoorde mensen in armoede verkeren, of door sociale (en medische) exclusie dakloos zijn geraakt. Het aantal pillen onder gestoorde daklozen is niet te tellen.

Lichaam

Hoe chronisch ziek is Nederland? Het betreft ziekten die chronisch intensieve en kostbare zorg vragen, voor het helpen aan bezigheden, inkomen en onderdak. Mensen met hart-vaatliden, longlijden, overgewicht en suikerziekte stel ik mij hier onder meer bij voor, voor wie men medische kosten kan berekenen, om deze van het inkomen af te trekken, om te zien dat chronisch zieken, op sociaal zwakke basis, verder onder de armoedegrens verblijven dan dat de monitor weegt. Arme chronisch zieken kunnen de zorg niet halen, zij betalen andere rekeningen eerst.

Tot besluit

Aan de hand van de *Armoedemonitor* kan ik niet anders concluderen dan dat de overheid, naar aparte werelden, een onvolledige sociale en een onvolledige medische maat laat meten, waardoor zicht op mens, probleem en zorg uitblijft, en daarmee zorg en budget ongericht blijven stromen. Gevolg: meer armen, minder hulp. Een nieuw kasboek voor het zorgstelsel verandert daar niets aan. Voor armenzorg stel ik me een gezamenlijk kasboek voor: van VROM voor voldoende en variatie aan

² Opgevangenen worden apart gezet in de *Monitor maatschappelijke opvang* (Trimbos-instituut en Federatie Opvang). Daklozen worden apart gezet in telonderzoeken (universiteiten). Gevangenen worden apart geteld door Justitie (DJI en WODC).

onderdak, van SoZaWe voor voldoende inkomen en passend werk, en van VWS voor laagdrempelige toegang tot medische zorg, door fusie tot een Ministerie van Sociaal Medische Zaken.

Om zorg te kunnen richten, voor mensen die niet hebben en niet kunnen, pleit ik voor een armoedemonitor van het Centraal Bureau voor de Sociaal-medische Statistiek (SMS), zodat we mensen aan de onderkant kunnen aanwijzen, opzoeken en helpen. Er gaat niets boven een huisbezoek. Armenzorg is het bieden van een sociaal-medische basis: via eenvoudige overheidswegen samen aan het werk. Leuker kunnen we het wél maken, en makkelijker ook. Lijkt me veel gezonder.

Literatuur

- Jehoel-Gijsbers, G. (2004). *Sociale uitsluiting in Nederland* (SCP-publicatie 2004/17). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Laere, I.R.A.L. van, & Wit, M.A.S. de (2005). *Dakloos na huisuitzetting*. Amsterdam: GG&GD/MGGZ-EDG.
- Vrooman, C., Soede, A., Dirven, H.-J., & Trimp, R. (2005). *Armoedemonitor 2005* (SCP-publicatie 2005/16). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Wynia, S. (2005). Minder armen, niet meer. Voedselbanken en hulp van kerken ten spijt: percentage 'armen' in Nederland wordt niet groter, maar kleiner. Zelfs onder de 'armste' groep: de allochtonen. *Elsevier*, 10 december, 22-3.